

Anlage M

zum

GESAMTVERTRAG gem. § 83 SGB V

zwischen

**der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -**

und

**der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -**

**über die Optimierung
der ambulanten medizinischen Versorgung
in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Bayern**

nach § 73 c SGB V

Präambel

Der demographische Wandel in der Gesellschaft, der mit einer Zunahme chronischer und multimorbider Krankheitsbilder einhergeht, stellt eine große Herausforderung an das Gesundheitssystem dar. Mit dieser Vereinbarung beabsichtigen die Vertragspartner diesen Veränderungen für den Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung von Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen Rechnung zu tragen.

§ 1

Gegenstand und Ziele

- (1) Die Lebensqualität der Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen soll durch bessere Strukturierung, Koordination und mehr Qualität in der Gesamtbehandlung, optimaler Medikation und Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen und Doppeluntersuchungen bei gleichzeitiger Ausschöpfung der im System vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven erhöht werden. Eine fachübergreifende koordinierte Zusammenarbeit von Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten soll eine optimale ambulante Behandlung der Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen für alle ambulanten medizinischen Versorgungsbereiche gewährleisten.
- (2) Mit dieser Vereinbarung
1. soll die ambulante medizinische Versorgung in ausgewählten vollstationären Pflegeeinrichtungen optimiert werden,
 2. soll die Lebensqualität der Bewohner der jeweiligen vollstationären Pflegeeinrichtungen verbessert werden,
 3. soll die Nutzung der vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven optimiert werden,
 4. sollen funktionierende Strukturen für ein kooperatives Tätigwerden der Ärzte sowie Informationsaustausch und Kooperation zwischen allen an der Pflege und medizinischen Versorgung der Bewohner der jeweiligen vollstationären Pflegeeinrichtung beteiligten Leistungserbringer geschaffen werden.

- (3) Diese Ziele werden durch Bildung von mit den vollstationären Pflegeeinrichtungen kooperierenden Praxisverbänden, die die ambulante medizinische Versorgung der Bewohner dort übernehmen, umgesetzt.
- (4) In der Pilotphase, die bis 31.12.2007 dauern soll, werden bis zu 25 Praxisverbände im Bereich der KVB etabliert. Die Anerkennung der Praxisverbände erfolgt im gegenseitigen Einvernehmen der Vertragspartner.
- (5) Die Anerkennung kann insbesondere und insoweit versagt werden, als
- ein Praxisverbund eine zu große Anzahl von Pflegeeinrichtungen gleichzeitig betreut, d. h. in der Regel mehr als vier Pflegeeinrichtungen gleichzeitig,
 - die Anzahl der Teilnehmer am Praxisverbund in einem offensichtlichen Missverhältnis zur Anzahl der betreuten Pflegeeinrichtungen bzw. zur Anzahl der betreuten Versicherten in den Pflegeeinrichtungen steht
 - die Teilnehmer des Praxisverbundes nicht eine Mindestanzahl von Versicherten in den betreuten Pflegeeinrichtungen versorgen, d. h. in der Regel weniger als 30 Pflegeeinrichtungsbewohner,
 - die durch einen Praxisverbund betreuten Pflegeeinrichtungen nicht in räumlicher Nähe zueinander liegen,
 - nicht alle teilnehmenden Ärzte im Praxisverbund die betreuten Pflegeeinrichtungen innerhalb von ca. 30 Minuten erreichen können,
 - ein Praxisverbund mit einer Pflegeeinrichtung kooperieren möchte, die in ein AOK-Pflegenetz eingebunden werden soll oder bereits ist (vgl. Protokollnotiz).

Die Anerkennung kann im gegenseitigen Einvernehmen der Vertragspartner aus wichtigem Grund für die Zukunft widerrufen werden.

Die qualitativen Auswirkungen sowie die wirtschaftliche Umsetzung in der Pilotphase werden von den Vertragspartnern gemeinsam ausgewertet, um über das weitere Vorgehen zu entscheiden.

- (6) Der primäre Ansprechpartner für den Versicherten im Praxisverbund bleibt der jeweils behandelnde Hausarzt.

§ 2

Pflichten der Vertragspartner

Die KVB und die AOK Bayern verpflichten sich, die in § 1 geregelte Versorgung im Rahmen dieses Vertrages gemäß § 73c SGB V entsprechend der folgenden Vorgaben umzusetzen.

§ 3

Teilnahmeberechtigte Versicherte

- (1) Diese Vereinbarung gilt für Versicherte der AOK Bayern, die in einer vollstationären Pflegeeinrichtung nach § 4 wohnen und von einem Arzt des mit der Pflegeeinrichtung kooperierenden Praxisverbands betreut werden. Eine Teilnahme kann nicht gleichzeitig an einem AOK Pflegenetz und einem Praxisverbund erklärt werden.
- (2) Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig.
- (3) Voraussetzung für die Teilnahme eines Versicherten ist dessen schriftliche Teilnahme- einschließlich Datenschutzerklärung bzw. die seines Betreuers (Anlage 1). Die Teilnahmeerklärung wird von dem an dieser Vereinbarung teilnehmenden behandelnden Hausarzt unverzüglich an die AOK Bayern weitergeleitet.
- (4) Die Teilnahme des Versicherten an dieser Vereinbarung beginnt mit dem Tag des Eingangs der Teilnahmeerklärung bei der AOK Bayern.
- (5) Der Versicherte kann seine Teilnahme ohne Einhaltung einer Frist jederzeit gegenüber der AOK Bayern kündigen. Eine erneute Teilnahme ist möglich.
- (6) Die Teilnahme des Versicherten endet
 1. mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der AOK Bayern,
 2. mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruches nach SGB V,
 3. mit dem Auszug aus der teilnehmenden vollstationären Pflegeeinrichtung,
 4. mit dem Wechsel zu einem nicht an dieser Vereinbarung teilnehmenden Hausarzt,

5. mit dem Ausscheiden des behandelnden Hausarztes aus diesem Vertrag.
- (7) Die AOK Bayern informiert die KVB quartalsweise mit der jeweiligen Abrechnung über die Anzahl der teilnehmenden Versicherten je Praxisverbund in anonymisierter Form.
- (8) Diese Vereinbarung greift nicht in bestehende Arzt-Patienten-Verhältnisse oder in die freie Arztwahl ein.

§ 4

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Bei den vollstationären Pflegeeinrichtungen nach dieser Vereinbarung handelt es sich um Einrichtungen im Sinne des § 71 Abs. 2 SGB XI. Die vollstationären Pflegeeinrichtungen werden zwischen den Vertragspartnern schriftlich abgestimmt und in die Liste nach § 5 Abs. 5 aufgenommen. Die Vertragspartner wirken gemeinschaftlich auf eine Teilnahme vollstationärer Pflegeeinrichtungen an dieser Vereinbarung hin.

§ 5

Teilnahmeberechtigte Vertragsärzte

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle im Bereich der KV Bayerns zugelassenen Vertragsärzte (Haus- und Fachärzte, Psychotherapeuten), die an einem von den Vertragspartnern anerkannten Praxisverbund mit heimbezogenem Versorgungsauftrag teilnehmen, die Kooperationsvereinbarung im Praxisverbund nach Anlage 2 unterschrieben haben und bereit sind, den Pflichten aus dieser Vereinbarung nachzukommen.
- (2) Die Teilnahme ist freiwillig.
- (3) Bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen aus Abs. 1 erteilt die KVB eine Genehmigung. Die Teilnahme des Vertragsarztes beginnt mit dem auf die Genehmigung folgenden Quartal (vgl. Protokollnotiz).

- (4) Die Genehmigung kann für die Zukunft widerrufen werden, wenn der teilnehmende Arzt wiederholt gegen seine Pflichten aus dieser Vereinbarung verstößt, oder lediglich einen AOK-Versicherten über 2 Quartale betreut,
- (5) Die KVB führt eine Liste der Praxisverbände und der an den jeweiligen Praxisverbänden teilnehmenden Ärzte und übermittelt diese jeweils am 15. des ersten Quartalsmonats für das vorangegangene Quartal an die AOK Bayern.
- (6) Die Teilnahme an dieser Vereinbarung ist auch in Regionen möglich, in denen die AOK Bayern aufgrund von Verträgen mit Dritten Pflegenetze eingerichtet hat (vgl. Protokollnotiz).

§ 6

Aufgaben und Pflichten der teilnehmenden Vertragsärzte

- (1) Die ärztliche Versorgung der Versicherten in den vollstationären Pflegeeinrichtungen erfolgt primär durch den betreuenden Hausarzt.
- (2) Im Rahmen der Rufbereitschaft können ärztliche Leistungen auch durch den jeweils Dienst habenden Arzt im Praxisverbund erbracht werden, wenn akute Behandlungsbedürftigkeit vorliegt und damit ein zeitlicher Aufschub bis zum nächsten Besuch des jeweils betreuenden Hausarztes nicht möglich erscheint.
- (3) Die an dieser Vereinbarung teilnehmenden Ärzte informieren die jeweils kooperierenden Pflegeeinrichtungen und ihre Patienten über die Tätigkeit des Praxisverbands und die Vorteile einer Teilnahme des Versicherten, insbesondere über die Freiwilligkeit der Teilnahme und das Recht der freien Arztwahl.
- (4) Die an dieser Vereinbarung teilnehmenden Ärzte verpflichten sich zur
 - 1. Koordination der medizinischen Behandlung,
 - 2. Gewährleistung der telefonischen Erreichbarkeit, Näheres regelt Anlage 3,
 - 3. Mitbehandlung in Fällen akuter Behandlungsbedürftigkeit,

4. Einbindung komplementärer Facharztgruppen
 - a) Für die komplementären Facharztgruppen Nervenärzte, Neurologen, Psychiater ist grundsätzlich ein Vertreter am Kooperationsvertrag zu beteiligen.
 - b) Für die komplementären Facharztgruppen Urologen, Dermatologen, Gynäkologen, Augenärzte und HNO-Ärzte soll jeweils ein Vertreter am Kooperationsvertrag beteiligt werden.
 - c) Bei den komplementären Facharztgruppen muss auch der Vertretungsfall gewährleistet sein.
5. Geriatrischen Fortbildung durch Teilnahme an von der bayerischen Landesärztekammer anerkannten Fortbildungen (mindestens 6 Fortbildungspunkte/Jahr),
6. Mitwirkung am Arzneimittelmanagement gem. § 7.

§ 7

Arzneimittelmanagement

- (1) Die Praxisverbände richten je vollstationärer Pflegeeinrichtung einen gemeinsamen Praxisbedarf aus Rückläufern gemäß den Empfehlungen des Staatsministeriums gemäß Anlage 4 ein.
- (2) Die Vertragspartner beabsichtigen, für die Medikation eine Medikamenten-Empfehlungsliste zu erstellen, Näheres regelt Anlage 5.

§ 8

Vergütung

- (1) Die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung erfolgt nach EBM sowie den jeweils gültigen gesamtvertraglichen Regelungen und dem jeweils gültigen Honorarverteilungsvertrag. Dies gilt abschließend für die komplementären Facharztgruppen nach § 6 Abs. 4 Ziffer 4 b).
- (2) Darüber hinaus erfolgt die Vergütung für die teilnehmenden Hausärzte und die komplementären Facharztgruppen nach § 6 Abs. 4 Ziffer 4 a).– mit Ausnahme von § 8

Ziffer 5 - auf der Grundlage von Einsparungen (Näheres hierzu regelt Anlage 6) - unter folgender Maßgabe:

1. Allgemeines

- a. Eventuelle Managementkosten der AOK Bayern und der KVB werden bei der Berechnung der Einsparungen nicht als Kosten berücksichtigt
- b. Die Einsparungen werden grundsätzlich zu jeweils 50 % auf die AOK Bayern und die KVB aufgeteilt.
Die Quote für die KVB darf dabei nicht schlechter sein, als in vergleichbaren Verträgen der AOK Bayern mit Dritten vereinbart.
- c. Die Berechnung der Einsparungen und die Ausschüttung des der KVB zustehenden Anteils an die KVB müssen innerhalb von drei Monaten nach Ablauf des jeweiligen Abrechnungsquartals erfolgen.
- d. Auf Aufforderung durch Praxisverbundärzte oder die KVB ist die AOK Bayern zur Offenlegung der Berechnungsgrundlagen verpflichtet.

2. Die AOK Bayern zahlt die durch die Tätigkeit der Praxisverbände erzielten Einsparungen entsprechend des KVB Anteils an die KVB aus.
3. Die KVB verteilt die dem Praxisverbund zustehende Vergütung. Dies gilt auch für die Vergütung nach Abs. 2 Nr. 5. Der für die Verteilung erforderliche Aufteilungsschlüssel – einschließlich der Vergütung für kooperierende Fachärzte und Psychotherapeuten - wird in Anlage 7 festgelegt.
4. Bonuszahlungen aus anderen Verträgen zu identischen Einsparerefolgen (z. B. Reduktion von Arzneimittelkosten) können insgesamt im Verhältnis zu einem Versicherten nur einmal ausgezahlt werden. Die Vertragspartner passen die Ertragsausschüttung ggf. einvernehmlich an.
5. Für die ersten drei Quartale der Tätigkeit des Praxisverbunds, längstens bis 31.12.2007, erhalten die Praxisverbundärzte pro eingeschriebenem Versicherten eine Koordinations-Pauschale i. H. v. 25 € im Quartal außerhalb der pauschalier-ten Gesamtvergütung. Diese Pauschale wird mit ggf. darüber hinausgehenden Einsparungen verrechnet. Sollten die Einsparungen des jeweiligen Praxisver-

bunds die Höhe des Gesamtbetrages der an sie geleisteten Koordinations-Pauschalen nicht erreichen, wird im Rahmen der Gesamtvertragsverhandlungen ein Ausgleich dieses Differenzbetrages verhandelt.

6. Sollte in Vereinbarungen zwischen der AOK Bayern und Dritten für gleiche oder vergleichbare ambulante Leistungen der Versorgung von Patienten in vollstationären Pflegeeinrichtungen eine höhere Vergütung als nach dieser Vereinbarung vereinbart werden, werden die Vertragspartner die Vergütung nach dieser Vereinbarung entsprechend anpassen.

§ 9

Ausgleichsregelung

- (1) Nach Abschluss der Pilotphase prüfen die Vertragspartner, ob eine Mehrbelastung der Gesamtvergütung, insbesondere des Hausarztfonds der KVB, durch die „Vertretungsregelung“ (§ 6 Abs . 2) entstanden ist bzw. entsteht. Sofern dies der Fall ist, wird im Rahmen der Gesamtvertragsverhandlungen hierfür eine Ausgleichsregelung verhandelt.
- (2) Diese Ausgleichsregelung soll auch für diejenigen Praxisverbundärzte gelten, bei denen die KVB nicht Vertragspartner ist, sofern auch hier eine Mehrbelastung der Gesamtvergütung festgestellt wurde.

§ 10

Controlling/Dokumentation

Die KVB und die AOK Bayern evaluieren die Praxisverbünde anhand von Controlling Daten (Qualität/Wirtschaftlichkeit) je Quartal. Die AOK Bayern stellt der KVB die Controlling Daten zeitnah zur Verfügung. Die KVB informiert die Praxisverbünde quartalsweise über die Evaluationsergebnisse.

§ 11 Datenschutz

Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der eventuellen Weitergabe von Sozialdaten und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen unberührt und sind von allen Vertragspartnern zu beachten.

§ 12 Laufzeit, Kündigung und Schriftform

- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 01.10.2006 in Kraft.
- (2) Sie kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden, frühestens zum 31.12.2007.
- (3) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieser Vereinbarung bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst.

§ 13 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Regelungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so berührt dies die Gültigkeit der übrigen Regelungen nicht. Die Vertragsparteien verpflichten sich, die unwirksame Regelung durch eine rechtlich zulässige Regelung zu ersetzen, die dem Sinn und Zweck am nächsten kommt. Gleiches gilt, wenn eine Regelung undurchführbar ist.

München, den 06.12.2006

Dr. iur. Helmut Platzer
Vorsitzender des Vorstandes
AOK Bayern

Dr. med. Axel Munte
Vorsitzender des Vorstandes
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Dr. med. Gabriel Schmidt
Stv. Vorsitzender des Vorstandes
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Protokollnotizen

Protokollnotiz zu § 1 Abs. 5, 6. Spiegelstrich

Unter soll ist zu verstehen, dass bereits Vertragsverhandlungen laufen

Protokollnotiz zu § 5 Abs. 3, Satz 2

Vertragsärzte, die bereits im 4. Quartal 2006 in einem Praxisverbund tätig waren, erhalten die garantierte Anschubfinanzierung ab 01.10.2006. Basis ist die Anzahl der eingeschriebenen Patienten im 1. Quartal 2007.

Protokollnotiz zu § 5 Abs. 6

Die Vertragspartner stimmen überein, dass eine gleichzeitige Teilnahme von Ärzten an AOK Pflegenetz und KVB Praxisverbund in Einzelfällen nach Abstimmung der Vertragspartner möglich ist.

Protokollnotiz zu § 6 Abs. 2

Die Vertragspartner gehen davon aus, dass durch diese Regelung keine unbegründete Fallmehring stattfindet, da diese Fälle auch in der Vergangenheit aufgetreten sind und beispielsweise durch andere Heimärzte oder durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst übernommen worden sind.

Protokollnotiz zu § 8 Abs. 2

Die Vertragspartner beabsichtigen, das Vergütungssystem gemeinsam weiterzuentwickeln.

Anlage 1

zu § 3

Patienten-Information

für Versicherte der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
zur Teilnahme am Praxisverbund um Pflegeeinrichtungen

Liebe Patientin, lieber Patient,

im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V für Patienten mit Haus- und Fachärzten soll die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung unter optimaler Nutzung der bestehenden Versorgungsangebote verbessert werden.

Durch diese neue Art der Kooperation und Kommunikation der beteiligten Ärzte werden die einzelnen Behandlungsprozesse so aufeinander abgestimmt, dass sie effizient und schnell erbracht werden können. Dies kann nur erreicht werden, wenn Sie nach Möglichkeit ausschließlich die beteiligten Haus- und Fachärzte in Anspruch nehmen; trotzdem bleibt Ihr Recht auf freie Arztwahl bestehen.

Ihre weiteren Vorteile als eingeschriebener Patient können sein:

- Verbesserte ärztliche Präsenz
- Verhinderung akuter Erkrankungen
- Verantwortungsvolle, sach- und fachgerechte sowie nachhaltige Versorgung chronisch Kranker
- Schnelle, effiziente Behandlung von akuter Gesundheitsverschlechterung

Deshalb empfehlen Ihnen Ihr Arzt und die AOK Bayern die Teilnahme an dieser qualitativ hochwertigen Versorgung.

Erklärung zur Teilnahme an dieser Versorgung

Mit meiner Unterschrift auf dem „Sonderbeleg Versicherten-Einschreibung“ bestätige ich die im folgenden getroffenen Aussagen. Ebenso erkläre ich mit dieser Unterschrift meine Einwilligung zu der abgedruckten Datenschutzerklärung.

Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Leistungen durch diejenigen Leistungserbringer erbracht werden, die am Praxisverbund um Pflegeeinrichtungen teilnehmen. Im Praxisverbund wird insbesondere der betreuende Hausarzt Besuche bei mir durchführen. Auch in Notfallsituationen wird der Kontakt zwischen Pflegeeinrichtung und Hausarzt sichergestellt.

Sie bestätigen, dass Ihnen diese Patienteninformation ausgehändigt und Sie über die Inhalte informiert wurden.

Sie sind darüber informiert, dass die Teilnahme an dieser Versorgung freiwillig ist und sind mit der Behandlung in den / durch die teilnehmenden Leistungserbringer einverstanden. Sie können jederzeit Ihre Erklärung widerrufen, dies hat auf Ihre Krankenversicherung bei der AOK Bayern keine Auswirkungen.

Erklärung zum Datenschutz

Zur Leistungserbringung ist auch im Rahmen dieser qualitativ hochwertigen Versorgung von Bewohnern in Pflegeeinrichtungen die Verarbeitung patientenbezogener Daten notwendig.

Ich sind damit einverstanden,

- dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der geplanten bzw. durchgeführten Behandlung stehen, zwischen den beteiligten Einrichtungen und den behandelnden niedergelassenen Ärzten ausgetauscht und verarbeitet werden dürfen. Dies geschieht unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, die ärztliche Schweigepflicht und das Sozialgeheimnis.
- dass anonymisierte Daten zum Zwecke des Qualitätsmanagements an die am Praxisverbund teilnehmenden Haus- und Fachärzte gesandt werden,
- dass zum Zwecke der Qualitätssicherung Krankenunterlagen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen eingesehen werden können.


Ich bin darüber informiert, dass ich der Weitergabe von Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen widersprechen kann. Das kann jedoch dazu führen, dass eine Teilnahme an dieser Versorgung nicht (mehr) möglich ist.

Ferner ist Imir bekannt, dass die beteiligten Leistungserbringer eine gemeinsame Dokumentation über die Behandlungsdaten und Befunde führen. Die Daten aus dieser Dokumentation darf ein behandelnder Leistungserbringer nur dann abrufen, wenn ich ihm gegenüber die Einwilligung erteilt habe.

Teilnahmeerklärung der Versicherten

Sonderbeleg Versicherten-Einschreibung für KVB Praxisverbund			
Name, Vorname des Versicherten geb.am			
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum	

KVB
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns



Vertragsnummer
999xx

Ich möchte an der qualitativ hochwertigen, medizinischen Versorgung in Pflegeeinrichtungen teilnehmen, über deren Inhalt und Teilnahmebedingungen bin ich umfassend informiert worden. Die Patienteninformation habe ich zur Kenntnis genommen. Ich stimme der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zum Zwecke der Vertragsumsetzung, Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung und Auswertung zu. Meine Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit, ohne dass mir Nachteile entstehen, zurückgezogen werden.

Patienten-Unterschrift

Mit der qualitativ hochwertigen, medizinischen Versorgung in Pflegeeinrichtungen wird in unterschiedlichen medizinischen Fachgebieten eine übergreifende und vernetzte Versorgung der Patienten ermöglicht. Bisher getrennte medizinische Versorgungsebenen werden sinnvoll verbunden, die Bedürfnisse der Patienten noch stärker berücksichtigt. Die qualitativ hochwertige, medizinische Versorgung in Pflegeeinrichtungen sorgt für eine verbesserte Qualität und gleichzeitig mehr Effizienz und Wirtschaftlichkeit.

Sie als Patienten profitieren insbesondere durch verkürzte Wartezeiten, Vermeidung von Doppeluntersuchungen und der strukturierten, qualitätsgesicherten, leitlinienorientierten Behandlung.

Anlage 2

zu § 5

**Kooperationsvereinbarung
über die Errichtung eines Praxisverbunds**

Teilnehmer sind zunächst nachstehend genannte Ärzte

Titel, Vorname , Name, Vertragsarztsitz, ANR

Titel, Vorname , Name, Vertragsarztsitz, ANR

Titel, Vorname , Name, Vertragsarztsitz, ANR

Titel, Vorname , Name, Vertragsarztsitz, ANR

Titel, Vorname , Name, Vertragsarztsitz, ANR

Titel, Vorname , Name, Vertragsarztsitz, ANR

Präambel

- a) Der Ausbau der ambulanten und teilstationären Versorgung hat dazu geführt, dass sich das Alter, in dem Menschen in eine stationäre Einrichtung der Altenpflege umziehen, stetig erhöht hat. Es liegt derzeit durchschnittlich bei 86 Jahren. Die Zahl der Pflegedürftigen steigt auch aufgrund der demografischen Entwicklung kontinuierlich an, Altenheime werden Schritt für Schritt in Pflegeeinrichtungen umgewandelt.
- b) Diese Entwicklung stellt die ambulante vertragsärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen vor neue Anforderungen. Mehr Patienten denn je leiden unter Demenz, sind multimorbid und bedürfen einer vollstationären Pflege. In Anbetracht der demografischen Entwicklung in Deutschland dürfte sich diese Entwicklung in den kommenden 30 Jahren sukzessive noch erheblich verschärfen.
- c) Untersuchungen und Modellvorhaben haben ergeben, dass eine kontinuierliche Betreuung der Bewohner in Pflegeeinrichtungen durch Ärzte am besten durch kooperative und arbeitsteilige Strukturen sichergestellt wird. Allein mit einer Versorgungsstruktur, bei der die Bewohner einer Pflegeeinrichtung durch einen überschaubaren und deshalb personell begrenzten Kreis von Ärzten versorgt werden, ist es möglich, dass die in Pflegeeinrichtungen tätigen Ärzte Kenntnisse über die jeweilige gesundheitliche Situation (und Verlauf von Vorerkrankungen) der fortlaufend behandlungsbedürftigen Heimbewohner aufbauen können; allein dann, wenn sich durch fortlaufenden Kontakt eine Bindung zwischen Heimbewohnern/Patienten und Ärzten aufbauen lässt, können unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden werden, die zusätzliche Belastungen für die Heimbewohner darstellen, die aber auch unnötigen zusätzlichen Kostenaufwand (Aufwand für Krankentransportfahrten und für stationäre Behandlung) bedeuten. Erfahrungen belegen, dass die umfangreiche, in Pflegeeinrichtungen geführte spezielle Pflegedokumentation nicht kurzfristig von hinzu tretenden, mit dem Patienten noch nicht vertrauten Ärzten nachvollzogen werden kann.
- d) Daher haben sich die unterzeichnenden Ärzte zum Ziel gesetzt, ihre diesbezüglichen ärztlichen Tätigkeiten zu koordinieren. Sie schließen die nachstehende Vereinbarung.

1. Zweck der Vereinbarung

- 1.1. Die Teilnehmer gründen einen Praxisverbund im Sinne des § 23c der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns zur gemeinsamen Erfüllung eines besonderen Versorgungsauftrags hinsichtlich der eingeschriebenen Versicherten der AOK Bayern, die in den nachfolgend genannten Pflegeeinrichtungen wohnen:

Name, Adresse, Ort

Name, Adresse, Ort

Name, Adresse, Ort

Name, Adresse, Ort

Soweit Ärzte dem Praxisverbund beitreten, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sind diese – von Notfällen abgesehen – nicht berechtigt, Leistungen zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abzurechnen.

- 1.2. Mit der heutigen Vereinbarung wird eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts begründet. Sofern im Vertrag nichts Abweichendes geregelt ist, gelten die gesetzlichen Regelungen. Gesellschaftszweck ist die gemeinsame Behandlung der eingeschriebenen Versicherten der AOK Bayern.

Diese Gesellschaft bezweckt ausdrücklich nicht die Bildung eines Gesellschaftsvermögens und mit dem heutigen Vertrag werden keine Pflichten der teilnehmenden Gesellschafter auf Beitragsleistungen an die Gesellschaft begründet.

2. Heimbezogener besonderer Versorgungsauftrag

2.1. Der gemeinsame Versorgungsauftrag, der von jedem Vertragspartner übernommen wird, bezieht sich auf die haus- und fachärztliche bzw. psychotherapeutische Behandlung von eingeschriebenen Versicherten der AOK Bayern, die in den in Ziffer 1 genannten Pflegeeinrichtungen wohnen.

2.2. Er beinhaltet

- die Einrichtung eines regelmäßigen hausärztlichen Visitedienstes mit festen Besuchszeiten
- die Gewährleistung einer telefonischen Erreichbarkeit für die eingeschriebenen Versicherten der AOK Bayern während und außerhalb der Sprechstundenzeiten (Mo., Di., Do., Fr. 8.00 bis 21.00 Uhr; Mi. 8.00 bis 13.00 Uhr)
- zur weitestgehenden Gewährleistung einer telefonische Erreichbarkeit durch gegenseitige Vertretung außerhalb der Sprechstundenzeiten (Mi. 13.00 bis 21.00 Uhr sowie Sa., So. und an Feiertagen 10.00 bis 18.00 Uhr)
- die Koordination der Besuchstätigkeit der teilnehmenden oder kooperierenden Fachärzte durch die teilnehmenden Hausärzte.

in den in Ziffer 1 genannten Pflegeeinrichtungen.

2.3. Die Einteilung und Durchführung des Visitedienstes und der Rufbereitschaft erfolgen im gegenseitigen und allseitigen Einvernehmen und werden der (jeweiligen) Pflegedienstleitung rechtzeitig im Voraus mitgeteilt.

2.4. Die Inanspruchnahme der teilnehmenden Fachärzte erfolgt in der Regel auf Überweisung des behandelnden Hausarztes, in besonders dringenden Fällen auf Überweisung durch dessen Vertreter.

2.5. Der gemeinsame Versorgungsauftrag beinhaltet nicht, dass die mit heutiger Vereinbarung begründete Gesellschaft als solche Vereinbarungen mit dem Heimträger und/oder der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und/oder sonstigen Dritten trifft.

2.6. Der gemeinsame Versorgungsauftrag beinhaltet weiterhin nicht die gemeinsame Beschaffung von Materialien oder sonstigen Gegenständen, die im Rahmen der Versorgung nützlich sein könnten. Ein Gesellschaftsvermögen wird nicht gebildet.

3. Teilnahme

Die Teilnahme am Praxisverbund steht grundsätzlich allen interessierten Ärzten offen. Für die Erfüllung des o.a. gemeinsamen Versorgungsauftrags ist aber notwendig, dass folgende (Mindest-) Voraussetzungen gegeben sind:

- 3.1. Die Zielsetzung dieser Kooperationsgemeinschaft ist es, dass die eingeschriebenen Versicherten der AOK Bayern durch geriatrisch erfahrene Ärzte betreut und versorgt werden (siehe dazu schon eingangs Präambel lit c.); eine kontinuierliche ärztliche Versorgung fortlaufend pflegebedürftiger Patienten muss zudem auf der Kenntnis der Besonderheiten des einzelnen Behandlungsfalles (z.B. Krankengeschichte des Patienten) aufbauen, um eine Optimierung der Versorgung im Rahmen des o.a. gemeinsamen Versorgungsauftrags erreichen zu können. Vorgesehen ist deshalb, dass der neu aufzunehmende Arzt zum Zeitpunkt der Aufnahme mindestens _____ Patienten in den unter Ziffer 1.1 genannten Pflegeeinrichtungen betreut.
- 3.2. Der Praxisverbund hat neben Hausärzten grundsätzlich mindestens je einen Arzt für die komplementären Facharztgruppen Nervenärzte bzw. Neurologen oder Psychiater am Kooperationsvertrag zu beteiligen, sofern diese in zumutbarer Entfernung niedergelassen sind (30 km bzw. eine halbe Stunde Fahrzeit mit dem PKW) und die Beteiligung am Kooperationsvertrag wünschen. Für die komplementären Facharztgruppen Urologen, Dermatologen, Gynäkologen, Augenärzte und HNO-Ärzte soll jeweils ein Arzt am Kooperationsvertrag beteiligt werden. Bei den komplementären Facharztgruppen muss auch der Vertretungsfall gewährleistet sein.
- 3.3. Kein Ausschlussgrund für die Teilnahme ist es, wenn der Interessent schon Mitglied eines anderweitigen Praxisverbundes ist bzw. es zu werden beabsichtigt.

4. Hausarzt und dessen ärztliche Vertretung

- 4.1. Behandelnder Hausarzt ist der vom Patienten bzw. seinem vertretungsberechtigten Angehörigen oder Betreuer gewählte Vertragsarzt. Hat ein neu in der Pflegeeinrichtung aufgenommenen Patient, der in der Vergangenheit nicht von einem der Verbundteilnehmer behandelt wurde, bzw. sein Vertreter keine ausdrückliche Wahl getroffen, ist der behandelnde Hausarzt der Erstbehandler im Quartal.
- 4.2. Der vertretungsweise tätige Arzt wird ausschließlich im eigenen Namen und weiterhin ausschließlich im Rahmen des vorstehend definierten besonderen Versorgungsauftrages tätig.

- 4.3. Der behandelnde Hausarzt und seine Vertreter im Praxisverbund unterrichten sich gegenseitig sowie die über ggf. erforderliche Folgebesuche und Maßnahmen außerhalb der eigenen Visiten.

5. Kooperation, Arzt-Patienten-Verhältnis, Verantwortlichkeit des Arztes

- 5.1. Die gemeinsame Erfüllung des Versorgungsauftrags erfordert im besonderen Maße eine Koordination der Behandlung durch den Hausarzt und die Kooperation mit allen ärztlichen Kollegen wie auch mit den Pflegeeinrichtungen. Professionalität, Kollegialität und Engagement sind dabei wesentlich.
- 5.2. Sollte unter den Teilnehmern am Praxisverbund Unstimmigkeiten auftreten, streben die teilnehmenden Ärzte eine Vermittlung durch den Regionalen Vorstandsbeauftragten der KVB oder einer von diesem benannten Person an.
- 5.3. Jeder teilnehmende Arzt arbeitet in eigener ärztlicher Verantwortung und haftet grundsätzlich nur für sein eigenes berufliches Handeln. Die Vertragspartner verpflichten sich deshalb wechselseitig, dass dies dem Personal der Pflegeeinrichtung, den Patienten bzw. seinen Angehörigen oder Betreuern mitgeteilt wird. Gleichwohl zeigen die Verbundärzte die Gründung bzw. den Beitritt zum Praxisverbund ihrer Berufshaftpflichtversicherung an und werden für den Praxisverbund einen gesonderten Versicherungsschutz abschließen.
- 5.4. Jeder teilnehmende Arzt tritt Dritten gegenüber auch im Übrigen (z.B. bei Vertragsschlüssen) nicht als Teilnehmer des Praxisverbundes auf. Eine Befugnis zur rechtsgeschäftlichen Vertretung besteht nicht.

6. Dokumentation, Datenschutz, freie Arztwahl

- 6.1. Jeder Vertragsarzt führt die nach berufsrechtlichen und vertragsarztrechtlichen Vorgaben zu erstellende Patientendokumentation eigenverantwortlich. Sofern die Patienten durch die Teilnahme- und Datenschutzerklärung ihr Einverständnis gegeben haben, sind sie zur Übermittlung der patientenbezogenen Daten an die anderen Verbundärzte sowie an die Krankenkasse und die KVB im erforderlichen Umfang berechtigt.
- 6.2. Im Übrigen gelten die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz (u.a. § 73 Absatz 1b SGB V).

- 6.3. Die teilnehmenden Ärzte beachten das Recht auf freie Arztwahl. Dies gilt auch bei der Einbeziehung von Fachärzten.

7. Wirksamwerden der Vereinbarung

- 7.1. Die Vereinbarung wird wirksam mit Beginn des _____ und wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- 7.2. Die vorliegende Vereinbarung ist gem. § 23c Absatz 2 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) vorzulegen.

8. Beendigung: Kündigung, Ausscheiden, Ausschluss

- 8.1. Die Kündigung hat nicht die Beendigung der Gesellschaft zur Folge, die Gesellschaft besteht vielmehr unter den verbleibenden Gesellschaftern fort.
- 8.2. Ein Arzt kann aus schwerwiegenden Gründen von den übrigen Teilnehmern vom Praxisverbund aufgrund entsprechender Beschlussfassung ausgeschlossen werden. Auch in diesem Fall besteht die Gesellschaft fort.
- 8.2.1. Als schwerwiegender Grund gilt insbesondere fortgesetzte Unzuverlässigkeit in der Ausübung des Visit- oder Bereitschaftsdienstes oder der Konsile. Dem Ausschluss soll ein Vermittlungsversuch vorausgehen.
- 8.2.2. Eine Entscheidung über einen Ausschluss setzt voraus, dass durch einen Teilnehmer des Praxisverbundes schriftlich mit Frist von einer Woche zu einer Beschlussfassung eingeladen worden ist. Die Einladung ergeht per Brief gegen Rückschein; maßgeblich ist das Versanddatum; es muss so rechtzeitig sein, dass die Einladung bei regelmäßiger Post wenigstens eine Woche vor dem Tag, der für die Beschlussfassung vorgesehen ist, eingeht. Für den Tag der Beschlussfassung ist ein Werktag vorzusehen.
- 8.2.3. Beschlussfähigkeit liegt vor, wenn sich an der Beschlussfassung wenigstens 50 % der Teilnehmer beteiligen.
- 8.2.4. Ein Ausschluss erfordert eine Mehrheit von 60 % der abgegebenen Stimmen.
- 8.2.5. Eine Beschlussfassung kann schriftlich im Umlaufverfahren erfolgen, wenn sich wenigstens 60 % aller Teilnehmer mit dieser Verfahrensart einverstanden erklärt ha-

ben. Die Gründe sollen in der Anfrage betreffend Beschlussfassung stichwortartig zusammengefasst werden.

- 8.3. Ein erneuter Beitritt zum Praxisverbund ist jederzeit möglich. Ausgenommen hiervon sind nur solche Ärzte, die aus schwerwiegendem Grund ausgeschlossen wurden, solange diese Gründe noch fortbestehen.
- 8.4. Im Übrigen endet für den jeweils betroffenen Vertragsarzt der besondere Versorgungsauftrag im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung mit dem Ende der Zulassung.

9. Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen

- 9.1. Nebenabreden bedürfen der Schriftform. Sie dürfen den in dieser Vereinbarung getroffenen Regelungen nicht zuwiderlaufen.
- 9.2. Änderungen oder Ergänzungen sowie die teilweise oder vollständige Aufhebung dieser Vereinbarung sind der BLÄK und der KVB mitzuteilen.

10. Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden oder weist diese Vereinbarung Lücken auf, gelten die übrigen Bestimmungen der Vereinbarung weiter. Für diesen Fall verpflichten sich die Teilnehmer am Praxisverbund, unter Berücksichtigung des Grundsatzes von Treu und Glauben anstelle der unwirksamen Bestimmung eine wirksame Bestimmung zu vereinbaren, welche dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung möglichst nahe kommt. Im Falle einer Lücke ist von den Vertragspartnern diejenige Bestimmung zu vereinbaren, die dem entspricht, was nach Sinn und Zweck dieses Vertrages vereinbart worden wäre, wenn die Angelegenheit bedacht worden wäre.

_____, den _____

Ort, Datum

_____, den _____

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift

_____, den _____

_____, den _____

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift

.....(Unterschriften wie oben)

Anlage 3

zu § 6

Gewährleistung der telefonischen Erreichbarkeit

Die Verbundärzte verpflichten sich

1. zur Gewährleistung einer telefonischen Erreichbarkeit für ihre eingeschriebenen Patienten während und außerhalb der Sprechstundenzeiten (Mo., Di., Do., Fr. 8.00 bis 21.00 Uhr; Mi. 8.00 bis 13.00 Uhr)
2. zur weitestgehenden Gewährleistung einer telefonische Erreichbarkeit durch gegenseitige Vertretung außerhalb der Sprechstundenzeiten (Mi. 13.00 bis 21.00 Uhr sowie Sa., So. und an Feiertagen 10.00 bis 18.00 Uhr)

Anlage 4

zu § 7

Empfehlungen des Staatsministeriums

(nachfolgende Seiten)



Empfehlungen

des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit- und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit

zu Arznei- und Betäubungsmitteln in Alten- und Pflegeheimen

Die vorliegenden Empfehlungen treten an die Stelle der Empfehlungen des Bayerischen Staatsministeriums des Innern zu Arznei- und Betäubungsmitteln in Altenheimen.

1. Arzneimittelvorrat in Alten- und Pflegeheimen

Anders als Krankenhäuser, die aufgrund **einrichtungsbezogen** ausgestellter Verschreibungen mit Arzneimitteln beliefert werden, werden Alten- und Pflegeheime als solche nicht mit Arzneimitteln versorgt, sondern aufgrund **personenbezogener** Verschreibungen nur deren Bewohner. Der Heimträger hat im Rahmen seiner Fürsorgepflicht – **dann, aber auch nur dann** – für die Einlösung ärztlicher Verschreibungen zu sorgen, wenn und soweit Heimbewohner hierzu nicht oder nur erschwert in der Lage sind. Dem Träger des Heimes ist jedoch nicht originär die Arzneimittelversorgung der Bewohner als Aufgabe zugewiesen; er ist hierfür auch nicht der Kostenträger. Die Arzneimittel sind grundsätzlich Eigentum der Patienten, denen sie verschrieben worden sind. Arzneimittel der Heimbewohner können aber mit deren

- 2 -

Einverständnis von der Heimleitung bzw. dem Pflegepersonal **personenbezogen** aufbewahrt werden. Ein für das Heim verfügbarer Arzneimittelvorrat entsteht insoweit nicht. Durch den Tod von Patienten gehen deren Arzneimittel als Bestandteil des Nachlasses auf die Erben über, sofern es sich nicht objektiv um Abfall handelt. Für einen eigenen Arzneimittelvorrat des Heimes besteht kein Bedarf. Denn Heimleitung und Pflegepersonal sind weder zur Abgabe noch zur (eigenmächtigen) Anwendung von Arzneimitteln an Heimbewohner befugt.

Die **Verabreichung (Anwendung) von Arzneimitteln** durch nichtärztliches Heimpersonal ist – von offensichtlichen Bagatellfällen einmal abgesehen – ohne Vorliegen einer entsprechenden ärztlichen Anweisung nicht erlaubt, da dies als unerlaubte Ausübung der Heilkunde strafbar sein könnte.

Die **Abgabe von Arzneimitteln** aus eigener Arzneimittelbevorratung ist aus folgenden Gründen nicht zulässig:

- **Apotheken- und verschreibungspflichtige Arzneimittel** dürfen gewerbs- und berufsmäßig nur in Apotheken in den Verkehr gebracht werden (§ 43 Abs. 1 AMG). Die Abgabe solcher Arzneimittel durch die Heimleitung oder das Pflegepersonal ist als berufsmäßiges Inverkehrbringen anzusehen und daher unzulässig.
- **Verschreibungspflichtige Arzneimittel** dürfen zudem nur nach Vorlage einer ärztlichen Verschreibung (und nur in einer Apotheke) abgegeben werden (§ 48 Abs. 1 AMG).
- Für die Abgabe eines **Betäubungsmittels** ist eine betäubungsmittelrechtliche Erlaubnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte erforderlich.

- 3 -

- Die Abgabe **freiverkäuflicher Arzneimittel** erfordert grundsätzlich das Vorhandensein einer sachkundigen Person im Sinne von § 50 Abs. 1 AMG.

Keine Bedenken bestehen, wenn der die Heimbewohner behandelnde Arzt einen Teil seines Praxisbedarfs an Arzneimitteln im Heim hinterlegt. Er muss jedoch zugleich Vorkehrungen gegen eine mißbräuchliche Entwendung bzw. Anwendung treffen. Sofern der Arzt eine entsprechende therapeutische Entscheidung getroffen hat, kann das Pflegepersonal als „verlängerter Arm des Arztes“ entsprechend seiner Anweisung hinterlegte Arzneimittel bei Patienten anwenden.

2. Nicht mehr benötigte Arzneimittel verstorbener Heimbewohner

Überlassen die Erben eines verstorbenen Heimbewohners dessen (verkehrsfähige) Arzneimittel dem Heim zur weiteren Verwendung, ist zu beachten, dass Heimleitung und Heimpersonal diese Arzneimittel aus den oben genannten Gründen weder abgeben noch eigenmächtig an Heimbewohnern anwenden dürfen. Werden solche Arzneimittel jedoch dem die Heimbewohner betreuenden Arzt anvertraut, können Präparate in unangebrochenen Originalbehältnissen – **nach einer sorgfältigen Qualitätskontrolle durch den Arzt** – als Praxisbedarf weiterhin im Heim aufbewahrt und nach entsprechender Anordnung durch den Arzt angewendet werden, sofern sie sich in einem ordnungsgemäßen Zustand befinden, eine vertretbare Haltbarkeitsdauer haben und keine sonstigen Anhaltspunkte für eine fehlende Verkehrsfähigkeit bestehen. Dabei sind die Art des Arzneimittels, die erforderlichen Lagerungsbedingungen und der seit der Auslieferung durch die Apotheke verstrichene Zeitraum zu berücksichtigen. Dies gilt insbesondere für Arzneimittel mit besonderen Anforderungen an die Lagerungsbedingungen.

Anlage 5

zu § 7

Medikamenten-Empfehlungsliste

Medikamenten-Empfehlungsliste

Es wird einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien eine wirkstoffbezogene Empfehlungsliste einschließlich Höchstpreisen erstellt. Die teilnehmenden Vertragsärzte sind frei, nach dieser Liste jeweils bis zum drittbilligsten Medikament zu verordnen. Soweit im Einzelfall aus medizinischen Gründen Abweichungen davon erforderlich sind, sind diese diagnosebezogen zu begründen.

KVB und AOK erstellen diese Empfehlungsliste zeitnah, spätestens bis Ende des Jahres 2006.

Anlage 6

zu § 8

Einsparungen

1. Vergütungsvereinbarung

I. Ziele des Vergütungssystems

Mit dem definierten Vergütungssystem soll ein Anreiz für eine verbesserte persönliche Betreuung der Patienten in Pflegeeinrichtungen sowie eine verbesserte Abstimmung von Therapie und Medikation mit den Pflegekräften erreicht werden. Durch eine direkte Beteiligung am finanziellen Erfolg des Pflegeverbundes soll für alle teilnehmenden Ärzte ein dauerhafter Anreiz zu aktiver Teilnahme geschaffen werden.

Um eine dauerhafte Anreizwirkung für eine verbesserte Versorgungsqualität sicherzustellen hat das Vergütungssystem ergebnisorientiert, zeitnah und fair zu sein, d.h.

- ¶ die Vergütung erfolgt über die Ausschüttung eines erfolgsabhängigen Bonus vom Verbunderfolg. Nur durch eine direkte Verknüpfung der Vergütung mit dem Erfolg der Aktivitäten kann eine dauerhafte Finanzierung des Projektes sichergestellt werden,
- ¶ die Ausschüttung des Bonus erfolgt quartalsweise, um einen kontinuierlichen und zeitnahen Rückfluss an die beteiligten Ärzte sicherzustellen. Um Schwankungen der Ausschüttung über die Quartale zu vermeiden, werden mögliche Kostenschwankungen geglättet und externe Faktoren berücksichtigt. Der Einfluss seltener, extremer Risiken wird minimiert (siehe Punkt II. Erfolgsberechnung),
- ¶ eine Malus-Situation wird ausgeschlossen,
- ¶ dass für die Praxisverbände je Patient für maximal 3 Quartale, längstens bis 31.12.2007, eine Vergütung in Höhe von 25,00 € je im Verbund eingeschriebenem Versicherten als Ausschüttung an die teilnehmenden Ärzte garantiert.

II. Vergütungslogik

Die Vergütung der KVB sowie der AOK-Bayern erfolgt über den quartalsweise berechneten Netto-Verbunderfolg (siehe Punkt II. Erfolgsberechnung).

Anteilige Ausschüttung des Netto-Verbunderfolgs zwischen der AOK-Bayern und der KVB:

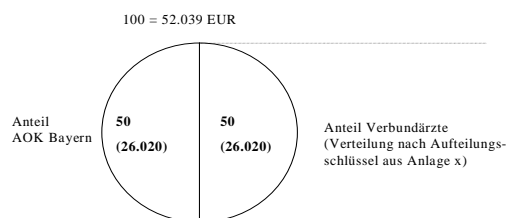
- 50 Prozent des erwirtschafteten Netto-Verbunderfolgs wird an die KVB ausgeschüttet,
- 50 Prozent des erwirtschafteten Netto-Verbunderfolgs verbleibt bei der AOK als Risikoprämie für unkalkulierbare Risiken (z.B. KH-Budgetauswirkungen im Folgejahr) und als Erfolgsanteil für die AOK-Bayern.

III. Beispielkalkulation

Aufteilung des Nettoverbunderfolgs
in Prozent (in EUR)

Beispiel

Nettoverbunderfolg (Beispielquartal)



Grafik 1

2. Netzerfolgsmessung

I. Ziele und Anforderungen

Mit der Erfolgsmessung werden folgende Ziele verfolgt:

- ¶ Quartalsweise, rollierende Bestimmung des finanziellen Verbunderfolgs
- ¶ Ausschüttung einer erfolgsabhängigen, quartalsweisen Vergütung
- ¶ Sicherstellung einer kontinuierlichen Anreizstruktur für die beteiligten Verbundärzte

Zur Erreichung dieser Ziele muss die Erfolgsmessung folgende Anforderungen erfüllen:

- ¶ Die Erfolgsmessung ist zeitnah
- ¶ Eine faire Vergütung ist sichergestellt
- ¶ Die Vergütung erfolgt ergebnisabhängig

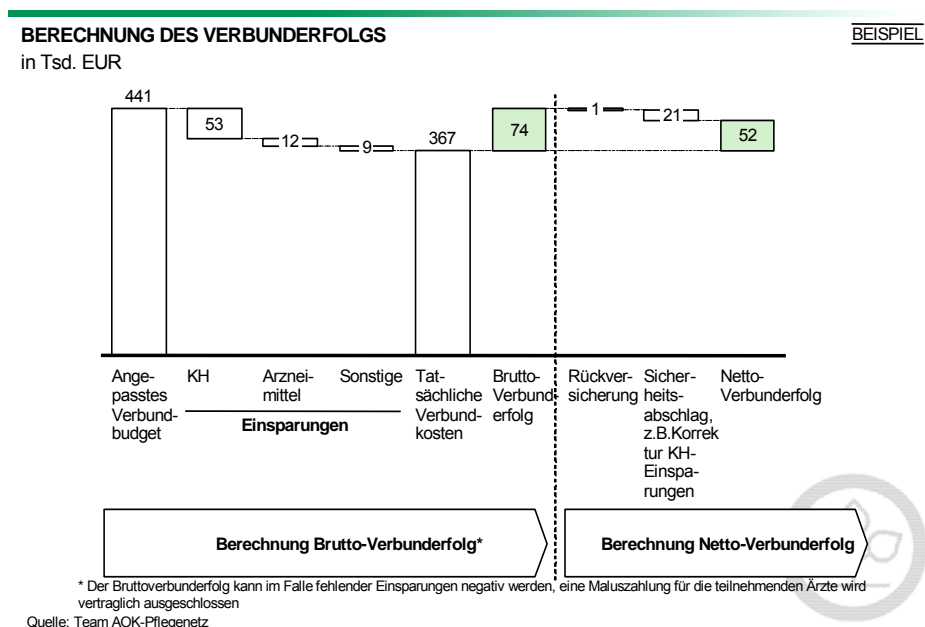
Die beteiligten Verbundärzte übernehmen gesamthaft Verantwortung für den Verbunderfolg . Dies wird durch eine ergebnisabhängige Vergütung erreicht.

Qualitätsverbesserungen und damit einhergehende Verbesserungen der Wirtschaftlichkeit spiegeln sich kurzfristig durch quartalsweise Abrechnung im Verbunderfolg wieder. Damit ist eine zeitnahe Incentivierung sichergestellt.

Durch die statistisch relativ kleinen Verbundgruppen sind geringe Schwankungen der Ausgaben von Quartal zu Quartal nicht vollständig auszuschließen. Eine faire Vergütung wird durch die Minimierung dieser Schwankungen und den vertraglichen Ausschluss einer Malus-Situation für die beteiligten Hausärzte erreicht.

II. Prinzip der Verbunderfolgsberechnung

Der Erfolgsberechnung liegt eine rollierende Abrechnung zugrunde. Ein abzurechnendes Quartal wird in vier Folgequartalen wiederholt abgerechnet. Dieses Vorgehen führt einerseits zu einer zeitnahen Abrechnung, andererseits ermöglicht es eine möglichst exakte Ermittlung des Netzerfolgs.



Grafik 2

Die Erfolgsberechnung gliedert sich in (vgl. Grafik 2):

1. Brutto-Verbunderfolgsberechnung

- Bestimmung des Verbundbudget
- Bestimmung und Glättung der tatsächlichen Ausgaben
 - Erstellung einer Leistungsdatenbank
 - Kappung der Quartalsausgaben (Ausschluss hoher Risiken)
 - Diversifizierung der Ausgaben

2. Netto-Verbunderfolgsberechnung

- Abzug der Rückversicherungsprämie
- Abzug des Sicherheitsabschlags

Der *Brutto-Verbunderfolg* bestimmt sich jeweils pro Quartal aus dem Abzug der tatsächlichen Kosten vom Verbundbudget. Hierbei erfolgt eine quartalsweise rollierende Abrechnung.

- Das Verbundbudget wird aufgrund des vergleichbaren Quartals des Vorjahrs für das aktuelle Quartal durch Definition risikogruppen-spezifischer Kopfpauschalen festgelegt. Diese werden aufgrund des unterschiedlichen Ausgabenniveaus verschiedener Regionen angepasst. Ein Angleich an die allgemeine bundesweite Kostenentwicklung erfolgt durch einen Kostenentwicklungsfaktor.
- Die tatsächlichen Kosten werden anhand der tatsächlich erbrachten Leistungen ermittelt. Eine Reduzierung der Ausgabenschwankungen von einem Quartal zum nächsten erfolgt durch eine Kappung höchster Ausgaben, die durch eine Rückversicherung refinanziert werden, und eine Diversifizierung von hohen Ausgaben über vier Quartale. Bei der Berechnung der Rückversicherungsprämie werden die gekappten Ausgaben auf alle pflegebedürftig Versicherten der AOK umgelegt, so dass ein Großteil des Finanzrisikos bei der AOK verbleibt.

Ausgehend vom Brutto-Verbunderfolg wird der *Netto-Verbunderfolg* durch Abzug der Rückversicherungsprämie und des Sicherheitsabschlages ermittelt.

III. Detaillierung der Erfolgsberechnung

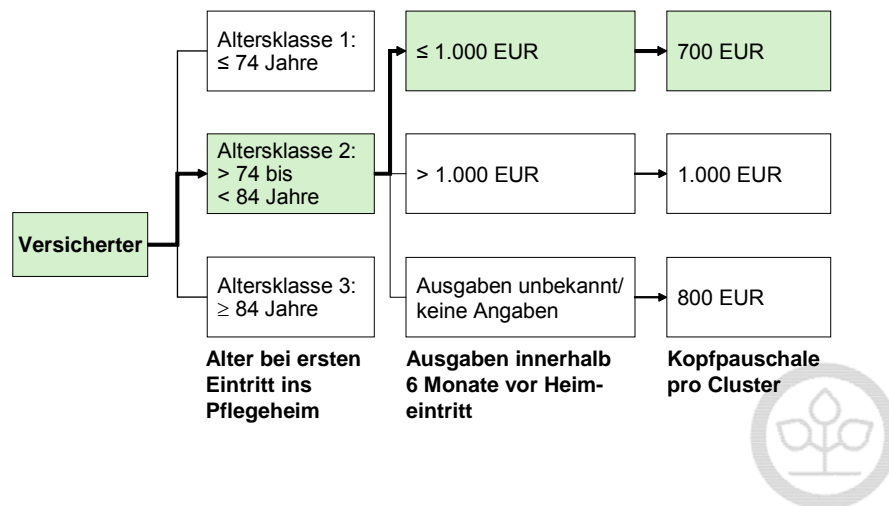
III.1 Budgetberechnung

Das Verbundbudget für ein Quartal wird anhand von Vorquartals- bzw. Vorjahresausgaben ermittelt. Die Berechnung erfolgt in fünf Schritten:

1. Auf Grundlage von Daten aus allen bayerischen Pflegeheimen werden Softwaregestützt *Cluster von Versicherten mit vergleichbarer Ausgabenstruktur* gebildet. Jedes Cluster ist durch das Alter der Versicherten bei Beginn der stationären Pflege und die Ausgaben vor Beginn der stationären Pflege eindeutig definiert (Beispiel Grafik 3)
2. Für jedes dieser Cluster werden anhand der durchschnittlichen Vorquartalsausgaben des vergangenen Jahres *Kopfpauschalen* festgelegt (Beispiel Grafik 3), für alle Fälle mit Pflegeheim-Aufenthalt ein Jahr vor Budgetberechnung.

EINTEILUNG DER VERSICHERTEN IN RISIKOCLUSTER

BEISPIEL



Quelle: IVP-Team

Grafik 3


3. Das vorläufige Verbundbudget wird dann folgendermaßen berechnet

- Alle aktuell im Verbund eingeschriebenen Versicherten werden in die definierten Cluster eingeteilt
- Den Clustern werden die Cluster-spezifischen Kopfpauschalen zugewiesen nach Anzahl der Versicherten im Cluster
- Das Gesamtbudget erfolgt über Aufsummierung aller Kopfpauschalen

4. Das errechnete vorläufige Verbundbudget wird angepasst durch den aktuellen Kostenentwicklungsfaktor des Schätzerkreises der GKV

(<http://www.bva.de/Fachinformationen/Risikostrukturausgleich/Schaetzerkreis/Schaetztableau.pdf>).

5. Zusätzlich erfolgt eine Korrektur des Verbundbudgets durch einen regionalen Anpassungsfaktor, um lokale Unterschiede in der Kostenstruktur auszugleichen. Der regionale Anpassungsfaktor ist definiert als das Verhältnis der durchschnittlichen Monatskosten aller Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen einer Region im Vergleich mit den durchschnittlichen Monatskosten aller Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen in Gesamt-Bayern (jeweils auf Basis der 8 letzten Quartale).

Regionaler Anpassungsfaktor 	Durchschnittliche Monatsausgaben der letzten 8 Quartale* im <i>Verbund</i>
	Durchschnittliche Monatsausgaben der letzten 8 Quartale* in <i>Gesamt-Bayern</i>

* Maximierung der bewerteten Quartale in Abhängigkeit von der Datenbasis; max. 8 Quartale

Nach Anwendung des Kostenentwicklungsfaktors und des regionalen Anpassungsfaktors liegt das Verbundbudget vor.

III.2 Erfassung der realen Quartalsausgaben

Die Leistungsausgaben eines Quartals für die eingeschriebenen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen werden auf das Datum der Leistungserbringung bezogen in einer Datenbank zusammengefasst. Es werden die Leistungsbereiche Krankenhaus, Arzneimittel, Fahrkosten, Heilmittel und Kuren berücksichtigt.

Zur Reduktion der monatlichen Schwankungen werden zwei Glättungsschritte durchgeführt, 1. die Kappung sehr hoher Kosten und 2. die Diversifizierung von Schwankungen über mehrere Quartale.

1. Kappung sehr hoher Kosten

Durch die Kappung werden starke Verwerfungen durch extrem hohe Ausgaben vermieden. Es wird eine *Kappungsgrenze* eingeführt und bei 50.000 EUR festgesetzt. Quartalsausgaben einzelner Versicherter, die die Kappungsgrenze überschreiten, werden gekappt. Die Finanzierung der gekappten Beträge erfolgt über eine Rückversicherung, bei der die Summe der gekappten Kosten der Versicherten in Pflegeeinrichtungen in Bayern auf einen einzelnen Versicherten in einer Pflegeeinrichtung als Beitrag umgelegt wird. Der daraus resultierende Versicherungsbeitrag pro Versicherten wird bei der Netto-Verbunderfolgsberechnung entsprechend der Anzahl Versicherter im Verbund berücksichtigt.

2. Diversifizierung

Um eine weitere Reduzierung der Schwankungsbreite zu erhalten, werden nach der Kappung die Ausgaben der 5% teuersten Versicherten über die letzten vier Quartale diversifiziert. Dies bedeutet eine Glättung des 5% Ausgabenanteils durch gleichmäßige Verteilung über die letzten 4 Quartale. Die Verteilung erfolgt über den durchschnittlichen Einzelfaktor der letzten vier Quartale. Dadurch wird erreicht, dass eine starke Schwankung der Ausschüttung an die Netzärzte vermieden wird.

Berechnungsvorgehen:

- a) Ausgliederung der Ausgaben der 5% teuersten Versicherten im Quartal
- b) Berechnung der Diversifizierungsfaktoren
 - Die Diversifizierungsfaktoren werden jeweils für die letzten 4 Quartale berechnet
 - Ein Einzelfaktor pro Quartal berechnet sich für einen Verbund aus dem Verhältnis der durchschnittlichen gekappten Ausgaben der teuersten 5% Versicherten im Verbund zu den durchschnittlichen gekappten Kosten der teuersten 5% Versicherten in stationärer Pflege in ganz Bayern

**Einzelfaktor im
Quartal t**



$$\frac{\text{Durchschnittliche Ausgaben für die 5 \% teuersten AOK-
Pflegeheimbewohner im Verbund im Quartal t}}{\text{Durchschnittliche Ausgaben für die 5 \% teuersten AOK-
Pflegeheimbewohner in Gesamt-Bayern im Quartal t}}$$

- c) Berechnung des Durchschnittsfaktors: Anschließend wird dann der Durchschnittsfaktor der Diversifizierungsfaktoren der letzten 4 Quartale ermittelt
- d) Die ausgegliederten Ausgaben der 5% teuersten Versicherten des Quartals werden dann mit dem Durchschnittsfaktor multipliziert
- e) Der dann ermittelte geglättete Ausgabenwert wird dann abschließend wieder mit den Ausgaben der sonstigen Versicherten zusammengeführt.

III.3 Berechnung des Brutto-Verbunderfolgs

Der Brutto-Verbunderfolg ergibt sich dann insgesamt durch 3 Schritte:

- a) Berechnung des angepassten Verbundbudgets

Summe der Kopfpauschalen

x Korrektur durch Faktor der Kostenentwicklung und regionalen Anpassungsfaktor

= Angepasstes Budget

- b) Berechnung der geglätteten tatsächlichen Ausgaben

Tatsächlich ermittelte Ausgaben

- Gekappte Kosten (Kosten über 50.000 EUR)

+/- Korrektur durch Diversifizierung

= Geglättete tatsächliche Ausgaben

c) Berechnung des Brutto-Verbunderfolgs aus der Differenz zwischen dem Verbundbudget und den realen Quartalsausgaben nach Kappung und Diversifizierung

Angepasstes Budget
- Geglättete tatsächliche Ausgaben
= Brutto-Verbunderfolg

III.4 Berechnung des Netto-Verbunderfolgs

Folgende Ausgaben sind vom Brutto-Verbunderfolg zur Bestimmung des Netto-Verbunderfolgs abzuziehen:

- ¶ Rückversicherungsprämie
 - Produkt aus Anzahl eingeschriebene Versicherte im Verbund und Rückversicherungsbeitrag (z.B. 500 eingeschriebene Versicherte x 3 EUR Beitrag pro Versichertem und Quartal entspricht 1500 EUR Versicherungsprämie)
- ¶ Degressiver Sicherheitsabschlag zur Kompensation des Risikos des unvollständigen Rechnungseingangs bei Erstellung der Abrechnung
 - 1. Abrechnung (1.Quartal nach abzurechnendem Quartal): 60%
 - 2. Abrechnung (2.Quartal nach abzurechnendem Quartal): 40%
 - 3. Abrechnung (3.Quartal nach abzurechnendem Quartal): 20%
 - Endabrechnung (4.Quartal nach abzurechnendem Quartal): 0%
- ¶ Abzug der teilweisen Finanzunwirksamkeit der Vermeidung von Krankenhausfällen
 - Da Einsparungen von Krankenhausfällen nicht 1:1 finanzwirksam sind, ist ein Abzug notwendig, da ansonsten Mittel ausgeschüttet werden, die im Krankenhausbereich nicht real eingespart werden
 - Der Abzug erfolgt in Höhe von 40%
 - Dieser Wert ergibt sich durch den Ø-Marktanteil der AOK-Bayern

IV. Beispielrechnung

VERBUNDERFOLGSRECHNUNG PILOTREGION FÜR DAS 3. QUARTAL 2005		<u>BEISPIEL</u>								
in EUR										
Annahmen <ul style="list-style-type: none"> • 420 AOK -Versicherte • Einschreibequote 70% (294 Versicherte) • 13 Heime, 20 Hausärzte • Beitrag Rückversicherung 4,20 EUR/Versicherten → Rückversicherungsprämie = 1.230 EUR • Kostenentwicklung lt. Schätzerkreis 1,2% • Regionaler Anpassungsfactor: 1,1 • Angenommener Verbunderfolg: 15% 	Berechnung Quartalsverbundbudget <ul style="list-style-type: none"> • Summe Kopfpauschalen 396.512 • Angepasstes Budget (nach Anwendung Faktor Schätzerkreis und regionalem Anpassungsfaktor) 441.398 	Erfassung der Quartalsausgaben <ul style="list-style-type: none"> • Tatsächliche Kosten 375.188 • Kosten nach Kappung (1 Versicherter > 50.000) 364.061 • Kosten nach Diversifizierung 367.129 								
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">Brutto Verbunderfolg</td> <td style="text-align: right;">74.269</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">⊖ Rückversicherungsprämie (1.230 EUR)</td> <td style="text-align: right;">73.039</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">⊖ Sicherheitsabschlag</td> <td style="text-align: right;">21.000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Netto-Verbunderfolg</td> <td style="text-align: right;">52.039</td> </tr> </table>		Brutto Verbunderfolg	74.269	⊖ Rückversicherungsprämie (1.230 EUR)	73.039	⊖ Sicherheitsabschlag	21.000	Netto-Verbunderfolg	52.039
Brutto Verbunderfolg	74.269									
⊖ Rückversicherungsprämie (1.230 EUR)	73.039									
⊖ Sicherheitsabschlag	21.000									
Netto-Verbunderfolg	52.039									
<small>* Sicherheitsabschlag wird bei der Endabrechnung verrechnet</small>										
<small>Quelle: Team AOK Pflegenetz</small>										

Grafik 4

Anlage 7

zu § 8

Aufteilungsschlüssel und Abrechnung

Aufteilungsschlüssel

Die Verteilung der Vergütung des Praxisverbundes erfolgt nach folgenden Kriterien:

- Grundsätzlich gilt ein Verteilungsschlüssel von Betreuungsmonaten zu geleisteten Diensten im Verhältnis von 70 : 30.
- In begründeten Ausnahmefällen kann der Praxisverbund einen anderen Verteilungsschlüssel wählen. Dieser Verteilungsschlüssel muss der KVB ausreichende Zeit vor Beginn der Tätigkeit des Praxisverbunds schriftlich angezeigt werden und kann während der Pilotphase nicht mehr verändert werden.

Abrechnung

Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen erfolgt nach vertragsärztlichen Grundsätzen.

Betreuungsmonate

Der individuelle Vergütungsanteil an den Betreuungsmonaten wird über die Ansatzhäufigkeit der Abrechnungsnummer 99974 geregelt. Der Betreuungsmonat beginnt jeweils am ersten Tag im Monat.

- Der jeweils behandelnde Hausarzt (73 Abs. 1 SGB V) im Praxisverbund rechnet bei dem von ihm betreuten AOK-Versicherten für jeden begonnenen Betreuungsmonat die Abrechnungsnummer 99974 ab. Der Ansatz dieser Nummer ist beim behandelten Hausarzt nur auf dem originären Behandlungsschein möglich (Muster 5 Vordruckvereinbarung).
- Am Praxisverbund teilnehmende Fachärzte rechnen bei den von ihnen betreuten AOK-Versicherten für jeden begonnenen Betreuungsmonat ebenfalls die Abrechnungsnummer 99974 ab. Der Ansatz dieser Nummer ist beim jeweiligen Facharzt nur auf dem Überweisungsschein möglich (Muster 6 Vordruckvereinbarung).

Die Abrechnung der Abrechnungsnummer 99974 setzt eine gleichzeitige ärztliche Inanspruchnahme voraus.

Bereitschaftsdiensten

Bereitschaftsdienste können nur von an den Praxisverbänden teilnehmenden Hausärzten abgerechnet werden.

Der individuelle Vergütungsanteil an den Bereitschaftsdiensten wird über die Ansatzhäufigkeit eines besonderen Abrechnungsscheins geregelt.

- Die Abrechnung der Dienstbereitschaft erfolgt entsprechend der Regelung zum Bereitschaftsdienst. Der Abrechnungsschein wird wie folgt ausgefüllt:
 - Vorname "Rufbereitschafts-", Nachname "-dienst"
- Für jede vollendete Stunde wird auf diesem Schein die Abrechnungsnummer 99975 angesetzt.
- Dieser Abrechnungsschein kann vom Arzt nur für die Zeiten angesetzt werden, für die er im Rahmen des gemeinsamen Dienstplans im Rahmen der Rufbereitschaft eingesetzt ist.
- Veränderungen des Dienstplans sind daher regelmäßig frühzeitig der KVB anzuzeigen, bzw. - sofern nicht möglich - im Nachhinein mitzuteilen.

Der Ansatz der Abrechnungsnummer 99975 wird durch die gleichzeitige Teilnahme am organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst nicht ausgeschlossen.